



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

عنوان طرح پژوهشی:

بررسی سطح آگاهی ، نگرش و عملکرد زنان ۴۹-۲۰ سال شهر بوشهر

درخصوص روش های غربالگری سرطان پستان

(Mammography و BSE , CBE)

مجری طرح:

دکتر کامران میرزایی

متخصص پزشکی اجتماعی - عضو هیات علمی

همکاران طرح:

دکتر ثریا زحمتکش - فاطمه نجفی - محمد رایانی

۱۳۸۶

مقدمه:

سرطان پستان شایع ترین بدخیمی زنان در سراسر دنیا است. میزان بروز این بدخیمی در بسیاری از کشورهای جهان در حال افزایش سریع می باشد. تنها در سال ۲۰۰۰ میلادی بیش از یک میلیون مورد سرطان پستان در بین زنان جهان تشخیص داده شده که ۲۲ درصد از سرطان های زنان را تشکیل می دهد و بالغ بر ۳۷۳ هزار زن نیز در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده اند که رقمی بالغ بر ۱۴ درصد کل مرگ های ناشی از سرطان در زنان را شامل می شود. میزان بروز سرطان پستان و مرگ و میر ناشی از آن در مناطق مختلف جهان از روند بسیار متفاوتی برخوردار است که این تفاوت ناشی از تغییر در شیوع عوامل خطر زا و نیز روند دراز مدت در تشخیص بیمای می باشد. در ایران طی آمار اعلام شده از سوی مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سرطان پستان در سال ۱۳۸۲، ۲۳،۴۲ درصد کل موارد گزارش شده از سرطان را در زنان تشکیل می دهد و میزان بروز خام این سرطان در سال ۱۳۸۲، ۱۲،۹ در هر ۱۰۰ هزار زنان ایرانی بر آورد شده است. در میان ده سرطان شایع در زنان استان بوشهر، سرطان پستان با میزان ۳۵،۸ درصد در سال ۱۳۸۲ همچنان در صدر سرطان زنان این استان محسوب می شود. این یافته ها حاکی از روند رو به افزایش این سرطان در ایران و استان بوشهر و حفظ مقام اول در بین سرطان های ثبت شده در زنان کشور >از سال ۱۳۷۸ تا کنون < می باشد.

بر آورد می گردد چنانچه سرطان پستان بر اساس بر نامه ها غربالگری تشخیص داده شود در ۸۰ درصد موارد، غدد زیر بغلی درگیر نیستند. انجمن سرطان آمریکا به منظور تشخیص زودرس سرطان پستان در بیماران بدون علامت، استفاده از روش های غربالگری ذیل را توصیه نموده است:

۱-انجام خود آزمایی پستان بصورت ماهیانه از ۲۰ سالگی به بعد

۲-معاینه بالینی پستان با فواصل ۳ساله در بین زنان ۴۰-۲۰ ساله و به صورت سالانه بعد از سنین فوق

۳-انجام ماموگرافی اولیه در سنین ۴۹-۴۰ سالگی و بعد به صورت سالانه در سنین بالاتر از ۴۹سال

از میان راهکارهای تشخیص، خود آزمایی پستان راهی آسان، بدون عارضه، بدون هزینه برای همه خانم ها محسوب می شود. پایین بودن سطح آگاهی زنان در باره واقعیت های سرطان پستان، عدم آگاهی نسبت به معاینه فردی پستان >BSE . Breast self exam و روش انجام آن و یا سهل انگاری در انجام آن، فقر اجتماعی، دیر ظاهر

شدن علائم آزار دهنده سرطان پستان مانند اولسراسیون پوست و بی دقتی پزشکان در معاینه، از جمله عوامل موثر در عدم مراجعه در مراحل اولیه این سرطان ذکر شده است. انجام BSE توسط زنان می تواند در کشف زود رس سرطان پستان و کاهش مرگ و میر ناشی از آن تاثیر بسزایی داشته باشد .

این مطالعه سعی در شناخت سطح آگاهی و نگرش زنان بالای ۲۰ سال شهر بوشهر از سرطان پستان و خصوصیات آن و نیز روش های غربالگری و تشخیصی آن، و عملکرد آنها نسبت به تشخیص زودرس این سرطان توسط CBE، BSE و ماموگرافی را مورد بررسی قرار می دهد و سپس تاثیر عوامل مختلف و نیز تاثیر آموزش بر تغییر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد آنان را ارزیابی می کند. **cancer** یا سرطان یا عنوانی است که به انواع مختلفی از بیماریها ^۱شامل بیش از ۲۰۰ نوع بیماری ^۲اطلاق می شود که حاصل رشد و تکثیر بی رویه و بی برنامه سلولهای بدن میباشد که تحت تاثیر عوامل مختلف محیطی و ژنتیکی ایجاد شده و با علائم و شکایت های جسمی متعدد همراه است. دغدغه ای که امروز سرطان را بعنوان یک معضل بهداشتی در سطح جهان مطرح می کند و مبارزه با آن را جزو اولویت های بهداشتی _ درمانی قرار می دهد، رشد رو به افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری در سطح جهانی، بویژه در کشور ما می باشد. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی ^۳WHO در سال ۱۹۸۵، ۶،۷ میلیون مورد جدید سرطان در جهان تشخیص داده شده که این تعداد ۵۲ درصد متعلق به کشورهای در حال رشد بوده است. این تعداد در سال ۱۹۹۵ به ۹ میلیون مورد، در سال ۲۰۰۰ به ۱۰،۵ میلیون مورد در سال ۲۰۲۰ بالغ بر ۲۰ میلیون مورد خواهد بود که بیشتر موارد آن در کشورهای در حال توسعه دیده می شود. در سال ۲۰۰۰ حدود ۶ میلیون مرگ در اثر سرطان و نیز ۲۲ میلیون بیمار سرطانی وجود داشته است. دومین عامل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه سرطان است. این در حالی است که یک سوم موارد از ۱۰ میلیون مورد جدید سالیانه سرطان، قابل پیشگیری و یک سوم موارد نیز با توجه به قابلیت های تشخیصی های زودرس و مناسب قابل درمان است. ما بقی مبتلایان نیز می توانند خدمات حمایتی و تسکینی را به نحوی دریافت دارند که از تالمت آنها کاسته شده و حیات را با آرامش نسبی بدرود گویند. آنچه، امروزه ثبت دقیق سرطان و اجرای روش های مناسب پیشگیری و درمان بیماری های سرطانی را الزامی می سازد تغییر جایگاه بیماریها است. به طوری که انواع بیماری های واگیر، که روز گاری به عنوان علل مرگ و میر به حساب می آمدند، امروزه به طور نسبی تحت کنترل در آمده اند. در حالی که بر اساس آخرین بررسی های آماری و اپیدمیولوژیک در ایران، بعد از بیماری های قلبی _ عروقی و حوادث، سرطان ها سومین عامل مرگ و میر به حساب می آیند. طبق آمار ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۲ تعداد کل موارد سرطانی کشور ۳۸۴۶۸ مورد بوده است که ۲۱۶۱۹ > ۵۶،۱ درصد مورد آن مربوط به مردان و ۱۶۸۴۹ > ۴۳،۸ درصد مورد آن مربوط به زنان بوده است. سرطان پستان با میزان ۴۰۳۱ > ۱۵ درصد از کل موارد سرطانی در زن و مرد، بعد از سرطان پوست > ۱۵،۷ درصد، معده > ۱۱ درصد در مقام سوم قرار دارد. میزان سرطان پستان گزارش شده در زنان ۳۹۴۶ مورد می باشد که در زنان مقام اول را دارد. ^۴میزان بروز اختصاص سنی ^۵آن در کشور های در پیشرفته ۶۷،۸ و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۳،۸ و در کل جهان ۳۷،۵

است. این میزان در ایران برابر با ۱۵,۹ می باشد. طبق آمار ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۲ در استان بوشهر سرطان پستان با میزان ۳۵,۸ درصد کل موارد سرطانی، مقام اول را در بین سایر سرطان ها دارد. با توجه به شیوع و بروز بالای این بیماری، برنامه ریزی در جهت کنترل این بیماری یک ضرورت سیاست بهداشتی کشور است.

سرطان سینه با علت ناشناخته خود، توجه پزشکان را در تمام اعصار به خود جلب کرده است. علیرغم قرن ها نظریه پردازی و اقدامات علمی، سرطان سینه یکی از ترسناک ترین بیماری های انسانی می باشد. داستان تلاش جهت مقابله با سرطان سینه داستانی پیچیده است و بر خلاف بیماری هایی که علت و درمان آنها را شناخته ایم، پایان رضایت بخشی ندارد. ولی به هر حال پیشرفت های که صورت گرفته است در کاهش ترسهای ناشی از این بیماری موثر بوده است. هم اکنون ۵۰٪ زنان آمریکایی برای بیماری سینه با جراح مشاوره می کنند ۲۵٪ تحت بیوپسی پستان قرار می گیرند. و ۱۲٪ هم به نوعی به سرطان پستان دچار می گردند. (۱).

سرطان سینه حدود یک سوم از همه سرطان ها را در زنان تشکیل می دهد و پس از سرطان ریه شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. با وجود این سرطان پستان بالاترین میزان بروز را در میان همه سرطانها را دارد. براساس برآوردهای انجمن سرطان آمریکا، در طی سال ۲۰۰۲ در آمریکا ۲۰۳۵۰۰ مورد جدید سرطان پستان و ۳۹۶۰۰ مرگ ناشی از آن وجود داشته است در طی ۵۰ سال گذشته میزان بروز سرطان پستان در ایالات متحده به حد چشمگیری افزایش یافته است. از هر هشت زن آمریکایی تقریباً یکی به سرطان پستان مبتلا خواهد شد. خوشبختانه میزان مرگ و میر در طی سال های ۱۹۹۷-۱۹۹۳ کاهش یافته است که حاکی از افزایش موفقیت در تشخیص و درمان زود هنگام است. (۲)

شناخت و توصیف سرطان پستان به سال ها قبل بر می گردد کتیبه ی جراحی اسمیت (۳۰۰۰ تا ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد) قدیمی ترین سند تاریخی است که در آن به سرطان پستان اشاره شده است. سرطان توصیف شده در این سند تاریخی در یک فرد مذکر اتفاق افتاده است. اما بیشتر ویژگی های شایع یک سرطان پستان را دارا بوده است. نویسنده اشاره کرده است که "هیچ درمانی برای این بیماری وجود ندارد" از آن به بعد تا قرن اول میلادی، اسناد تاریخی کمی درباره این بیماری در دسترس است.

سلسوس در کتاب پزشکی خود به نقش جراحی در درمان سرطان پستان اولیه اشاره کرده است. "هیچکدام از این توده ها را بجز در مراحل اولیه، نمی توان برداشت، سایر آنها با هر روش درمانی بدتر می شوند." در قرن دوم، گالن مشاهدات بالینی کلاسیک خود را عنوان نمود: "اغلب در داخل پستان توده ای شبیه خرچنگ دیده می شود، همان طور که خرچنگ در دو طرف بدن خود پا دارد، وریدهایی که از توده بیرون می زنند به توده شکل خرچنگ می دهند. ما اغلب بیماری را در مراحل اولیه درمان کرده ایم، اما وقتی اندازه آن بزرگ می شود، هیچکدام از این

بیماران درمان نمی شوند. در همه اعمال جراحی ما سعی کرده ایم، که تومور را تا حد دایره ای که بافت سالم و ناسالم با هم تلاقی کرده اند برداریم." (۱)

تلاش پزشکان برای بهبود زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تا اواخر قرن نوزدهم بسیار محدود بود. قبل از دهه ی ۱۸۸۰ میلادی سرطان پستان تقریباً در تمام موارد تا هنگام مراجعه بیمار به صورت موضعی پیشرفت کرده بود و عموماً بیماری کشنده ای در نظر گرفته می شد.

با پیشرفت های به عمل آمده روش های جراحی بزرگتری برای درمان سرطان پستان طراحی شدند که در قسمت درمان به طور کامل شرح داده خواهد شد.

• ریسک فاکتورهای سرطان پستان:

مشاهدات بالینی موید وجود زیر گروه هایی از زنان هستند که نسبت به جمعیت عمومی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان پستان قرار دارند. عوامل خطرزای شناخته شده به شرح زیر هستند:

۱- سن:

میزان بروز کانسر پستان با بالا رفتن سن افزایش می یابد. سن مهمترین عامل خطرزا برای این کانسر محسوب می شود. تقریباً ۸۰-۷۵ درصد کانسرهای پستان، در زنان بالای ۵۰ سالگی تشخیص داده می شوند. (۳)

۲- سابقه خانوادگی سرطان پستان:

۲۰ درصد زنانی که دچار سرطان می شوند، دارای سابقه خانوادگی این بیماری هستند. هر گونه سابقه خانوادگی سرطان پستان، میزان کلی خطر نسبی را افزایش می دهد. با وجود این در زنانی که مادر یا خواهر آنها پس از سن یائسگی به این سرطان مبتلا شده اند خطر ابتلا به این بیماری افزایش چندانی نمی یابد در حالی که در زنانی که مادر یا خواهر آنها قبل از یائسگی دچار سرطان دو طرفه پستان شده اند خطر ابتلا به این بیماری در طول زندگی حداقل ۵۰-۴۰ درصد است. اگر مادر یا خواهر بیمار قبل از یائسگی دچار سرطان یک طرفه پستان شده باشند، خطر ابتلا به این بیماری در طول زندگی بیمار حدود ۳۰ درصد خواهد بود. افزایش بروز در این گروه، احتمالاً ناشی از اونکوژنهای به ارث رسیده است.

تقریباً ۱۰-۵ درصد همه ی سرطان های پستان، دارای اساس ژنتیکی هستند. همه ژنهای به ارث رسیده جنبه اتوزوم غالب دارند اما از قدرت نفوذ متغیری برخوردار هستند.

۳- عوامل تولید مثلی و هورمونی:

هر چه دوران تولید مثلی طولانی تر باشد، خطر ابتلا به سرطان پستان بیشتر خواهد بود. بنابراین متوسط سن منارک در زنانی که دچار سرطان می شوند پایتتر است هم چنین یائسگی زودرس (طبیعی یا مصنوعی)، بیمار را در برابر سرطان محافظت می کند.

یائسگی مصنوعی ناشی از اوفورکتومی بیش از یائسگی طبیعی زودرس خطر ابتلا به سرطان را کاهش می دهد. ارتباط واضحی بین بی نظمی قاعدگی یا طول مدت قاعدگی و خطر ابتلا به سرطان پستان وجود ندارد. شواهدی وجود دارند که نشان می دهند اگر چه این عوامل تولید مثلی خطر ایجاد سرطان پستان را کاهش می دهند ولی ممکن است بر روی پیش آگهی بیمار تاثیر بدی داشته باشند. (۲)

سن فرد هنگام نخستین حاملگی نیز یک عامل خطر نسبی برای کنسر پستان می باشد. حاملگی بیش از ۳۰ سالگی میزان خطر را تا ۳۰ درصد افزایش می دهد. داشتن یک حاملگی ترم قبل از ۲۰ سالگی تا ۵۰ درصد از میزان خطر می کاهد. (۴) شیر دادن بر روی میزان وقوع سرطان پستان تاثیری ندارد. (۲) (البته در برخی رفرنس ها مثل دنفورت ذکر شده است که در صورتی که شیر دهی بویژه اگر بیشتر از ۲۴ ماه باشد نقش حفاظتی دارد).

نتایج یک مطالعه کاملاً کنترل شده از "مراکز کنترل و پیشگیری بیماریها" نشان می دهند که مصرف داروهای خوراکی جلوگیری از حاملگی (بدون توجه به مدت استفاده) و سابقه خانوادگی یا وجود بیماری های خوش خیم همزمان در پستان، خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش نمی دهند با وجود این، در یک تجزیه و تحلیل تجمعی از ۵۴ مطالعه اپیدمیولوژیک نشان داده شد که در مصرف کنندگان فعلی OCP در مقایسه با افرادی که از این قرص ها استفاده نمی کنند افزایش اندک اما واقعی در میزان خطر سرطان پستان رخ می دهد، ده سال پس از قطع مصرف این قرص ها، میزان خطر در مصرف کنندگان به میزانی که در جمعیت طبیعی دیده می شود، کاهش یافته بود. استروژن درمانی جهت از بین بردن علائم یائسگی خطر کنسر را افزایش نمی دهد ولی در صورتی که طولانی مدت مصرف شود (بیش از ۱۰ سال) شانس کنسر پستان را افزایش می دهد. (۲) (۳)

4- سابقه سرطان :

در بیمارانی که دارای سابقه ابتلا به سرطان پستان هستند، خطر ایجاد سرطان میکروسکوپی در پستان مقابل ۵۰ درصد و خطر ابتلا به سرطان بالینی آشکار در پستان مقابل ۲۰ درصد است. (این نوع سرطان با میزان ۱-۲ درصد در سال رخ می دهد).

میزان دو طرفه بودن سرطان، در کارسینوم های لبولر بیشتر از داکتال است.

سابقه کارسینوم اندومتر، تخمدان و کولون نیز با افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان همراه است.

سابقه پرتو تابی قفسه سینه مثلاً به دلیل بیماری هو چکین و برخی از بدخیمی های دیگر از قبیل کارسینوم اندومتر و تخمدان با افزایش خطر سرطان پستان همراه هستند.

۵- رژیم غذایی، چاقی و الکل:

تفاوت هایی جغرافیایی چشمگیر در میزان بروز سرطان پستان، ممکن است با رژیم غذایی بیماران بویژه میزان مصرف چربی آنها ارتباط داشته باشد. اما اکثر مطالعات نتوانسته اند این ارتباط را نشان دهند ولی دیده شده است که زنانی که در اواسط دوران زندگی به افزایش وزن خود ادامه می دهند، ممکن است خطر سرطان پستان افزایش یابد. (۳) بالا بودن فیبر در رژیم غذایی، ظاهراً خطر سرطان پستان را کاهش نمی دهد. رژیم های غذایی حاوی کمبود قابل توجه ویتامین A شانس سرطان پستان را افزایش می دهند. (۳)

میزان مصرف الکل با افزایش خطر سرطان پستان همراه است اما مکانیسم این ارتباط مشخص نیست. شناسایی این عوامل خطر را، غربالگری مناسب و پیگیری بالینی هر بیمار را امکانپذیر می سازد. با توجه به مساله ترکیبات مختلف عوامل خطر را، مدل های ریاضی متعددی برای تعیین میزان کمی خطر سرطان سینه نسبت به جمعیت عمومی، ارائه شده اند. این مدل ها ممکن است در امر مشاوره با یک زن در مورد خطر ابتلای وی به سرطان سینه یادر امر روش پیگیری مناسب سودبخش باشند. با وجود این، توجه به این نکته ضروری است که بسیاری از زنانی که به سرطان سینه مبتلا می شوند فاقد هر گونه عامل خطر را هستند و این امر نباید پزشک را از انجام دادن بیوپسی در مورد یک ضایعه مشکوک منصرف کند.

• روش های غربالگری سرطان پستان :

سرطان پستان یکی از بیماری های شایع و وحشت انگیز در جهان غرب است. تشخیص زود هنگام زیر بنای تلاش های انجام شونده در جهت کاستن از مرگ و میر سرطان پستان را تشکیل می دهد. این هدف به پیدایش برنامه هایی برای غربالگری منجر گردیده که به منظور کشف سرطان های پستان در مراحل ابتدایی طراحی شده بودند. زیرا تصور بر این بود که در این مرحله درمان بیشترین تاثیر را بر روی پیامد بالینی اعمال می کند. تصور بر این است که اغلب سرطان های پستان از یک مرحله مخفی از نظر بالینی عبور می کنند که در خلال آن تعداد سلول های بدخیم بسیار کمتر از آن است که بتوان با مطالعات تصویر برداری رایج و یا با معاینه فیزیکی، بدخیمی را کشف کرد. با پیشرفت کردن بدخیمی، ضایعه ی به حدی بزرگ می شود که می توان آن را از طریق تصویر برداری رایج و با معاینه فیزیکی کشف کرد.

متاستاز دادن حتی در تومور های بسیار کوچک امری محتمل است اما با بزرگتر شدن تومور احتمال اینکه کلون های متاستاتیک پدیدار شوند به طور پیشرونده ای افزایش می یابد. گاهی بیماری متاستاتیک قابل کنترل است اما تعداد بسیار اندکی از بیماران مبتلا به بیماری متاستاتیک بهبود پیدا می کنند. دیده شده است تشخیص سرطان پستان قبل از تهاجم به غدد لنفی آگزیلاری احتمال بقای بیمار را به نحو قابل توجهی افزایش می دهد. (میزان بقا ۸۵ درصد است). بنابراین برنامه های غربالگری باید در جهت تشخیص دادن سرطانهای پستان در کوچکترین اندازه ی ممکن و مخصوصا قبل از رخ دادن متاستازها، طرح ریزی شوند.

این روش ها شامل:

۱- معاینه پستان توسط خود بیمار (Breast self examination):

اولین جزء برنامه های غربالگری سرطان پستان است که توصیه می شود به تمام زنان بالای ۲۰ سال آموزش داده شود تا هر ماه یکبار به طور سیستماتیک پستان های خود را به منظور کشف اختلالات قابل لمس در فواصل بین ماموگرافی ها و معاینات انجام گرفته توسط یک متخصص امور بهداشتی، مورد معاینه قرار دهند.

BSE در فردی که قبل از سن یائسگی می باشد باید ۷-۵ روز بعد از پریود (قاعدگی) در هر ماه انجام شود و در صورتی که بعد از سن یائسگی باشد در یک روز خاص در هر ماه می تواند انجام دهد.

این برنامه بیماران را تشویق می کند تا هر گونه یافته ی غیر طبیعی را بدون تاخیر به پزشک خود گزارش کنند. به طور کلی، این روش یک روش مفید و کم هزینه برای غربالگری است. ایرادی که به آن وارد می شود این است که در برخی از زنان که در اترقوام نامنظم یا برجسته ی بافت طبیعی پستان خود دچار نگرانی می شوند **BSE** ممکن است اضطراب برانگیز باشد. با وجود این چون بیش از ۴۰ درصد سرطان های پستان هنوز توسط خود زنان کشف می شوند بنابراین معاینه توسط خود فرد همچنان به عنوان جزئی مهم از تمام برنامه های غربالگری، مطرح است. بهترین روش برخورد با اضطراب بیمار، آموزش دادن و اطمینان بخشیدن به بیمار در این مورد است که برخی از ندولاریته ها طبیعی هستند و اغلب سرطانها توده های سخت و مشخصی را بوجود می آورند که بیمار می تواند آنها را از بافت طبیعی پستان افتراق دهد. (۱)(۲)(۳)(۴)(۵)(۶)

• شیوه انجام BSE :

این معاینه از دو مرحله مشاهده و لمس تشکیل می شود:

۱- مشاهده دقیق:

به فرد توضیح داده می شود در حالی که از کمر به بالا لخت شده است روبروی آینه بایستد و در وضعیت های زیر به دقت به سینه های خود نگاه کند:

الف) بازوها در کنار شخص آویزان باشد.

ب) بازوها بالا برده شود.

ج) در حالی که دست ها به کمر زده شده است مختصری به جلو خم شود.

د) یک بار از سمت راست و بار دیگر از سمت چپ، در حالی که مختصری به جلو خم شده است، از زاویه پهلوی به سینه های خود نگاه کند.

در هر کدام از این وضعیت ها ی مذکور، سینه ها را از نظر شکل، اندازه، محدوده سینه ها، تغییرات پوست از نظر رنگ، نقطه نقطه شدن (تغییرات پوست پرتقالی) ضخیم شدگی، تو کشیدگی، تورم، برجستگی، زخم و هر گونه تغییر دیگری بررسی کند. (منظور از محدوده سینه ها ناحیه ای وسیع تر از برجستگی سینه است. این محدوده در بالا تا استخوان ترقوه، از پایین ۲-۳ سانتیمتر زیر چین پستانی، از وسط تا کناره استخوان جناغ و از خارج تا خط مید آگزیلاری ادامه دارد).

در ناحیه آگزیلا هم تمام این بررسی ها را انجام دهد.

نیپل ها را از نظر وجود ترشح، پوسته پوسته شدن، ضایعات خارش دار، زخم، توده، سفتی و یا تو کشیدگی بررسی کند. سپس نیپل ها را به آرامی و از دو جهت عمود بر هم ما بین انگشتان شست و اشاره خود فشار دهد و وجود هر گونه ترشحاتی را از نیپل بررسی کند، در صورت وجود ترشح رنگ، مقدار و یک طرفه یا دو طرفه بودن آنرا در نظر بگیرد.

۲- لمس دقیق:

لمس سینه ها را در دو صورت می توان انجام داد :

- وضعیت خوابیده - در حمام زیر دوش آب

در هر دو روش اصول معاینه یکی است و عبارتند از:

الف) از دست راست جهت معاینه سینه چپ، و از دست چپ جهت معاینه سینه راست استفاده کند.

ب) هیچ گاه برای معاینه، بافت سینه را ما بین انگشتان خود نگیرد زیرا در این صورت همیشه به طور کاذب توده ای را در سینه لمس خواهد کرد .

برای معاینه صحیح سه انگشت میانی خویش را بر روی سینه گذاشته و آن را به قفسه سینه فشار دهد به طوری که انگشت شست و انگشت کوچک در معاینه به کار نروند.

ج) از قسمت کف دستی انگشتان (بند اول و دوم) برای معاینه استفاده شود.

د) از یک حرکت چرخشی آرام، ابتدا با فشار کم و سپس با فشار بیشتر، در هر ناحیه لمس شده استفاده کند.

ه) انگشتان باید بر روی پوست سینه از یک ناحیه به ناحیه دیگر لغزانده شود به عبارتی پس از اتمام معاینه یک ناحیه، برای شروع معاینه ناحیه مجاور دست خود را از روی سینه بردارد؛ بلکه به آرامی آنرا به ناحیه بعدی بلغزاند. و) معاینه از هر ناحیه ای از سینه می تواند شروع شود. اما بهتر است از قسمت فوقانی-خارجی و یا فوقانی-داخلی آغاز گردد.

ز) به شخص توضیح داده شود که از یک روش ثابت و مشخص برای معاینه استفاده کند تا در انجام آن ماهر شود.

لمس سینه به سه روش دایره ای، نواری و طولی و شعاعی می تواند انجام می گیرد.

ح) لمس ناحیه آگزیلا و نیپل هم به طور کامل انجام شود و وجود هر گونه توده یا ترشحات از نیپل مد نظر قرار گیرد.

ک) برای معاینه در وضعیت خوابیده بهتر است ابتدا یک بالش یا حوله کوچک در زیر شانه راست خود قرار دهد؛ دست راست را بالا زیر سر خود گذاشته و با دست چپ سینه را معاینه کند. عکس این اقدامات را برای معاینه سینه چپ انجام دهد.

ل) در زیر دوش، دست راست بالا گرفته شود و از دست چپ برای معاینه سینه راست استفاده شود و برعکس. (۵)

معاینه توسط پزشک (clinical breast examination)

CBE به همراه ماموگرافی نسبت به BSE از مقبولیت بیشتری بعنوان روش های غربالگری در رفرنس های مختلف برخوردار هستند .

در مورد زمان شروع انجام CBE در رفرنس های مختلف اتفاق نظر یکسان وجود ندارد. ولی آن چیزی که در مجموع به نظر می رسد اتفاق نظر باشد این است که در خانم های بالای ۴۰-۲۰ هر سه سال یک بار معاینه توسط پزشک انجام گیرد. در سنین ۴۰ سالگی و بالاتر هر ۳-۲ سال یکبار و در صورت وجود سابقه ی خانوادگی مثبت می توان هر سال یک بار این کار را انجام داد .

معاینه فیزیکی سینه ها شامل مشاهده ی پوست لمس سینه ها معاینه نیپل ها از طریق ترشح و سپس عقده های لنفاوی ناحیه آگزیلا و سوپراکلاویکولار است. در حالتی که بیمار نشسته و دست های خود را در پشت سر و آرنج های خود را به طرف عقب قرار داده است . پستان ها باید از نظر غیر قرنیگی ، فرو رفتگی پوست و هر گونه منطقه ای از اریتم یا ادم مشاهده شوند سپس با توجه ویژه به زیر ناحیه آرنژول، پستان ها با به طور قرنیه از ترقوه تا چین زیر پستانی و از جناغ تا خط زیر بغلی خلقی مورد لمس و معاینه قرار گیرد در معاینه باید با انگشتان صاف و چسبیده

به هم وبا استفاده از ناحیه بین مفاصل DIP و PIP صورت گیرد تا به عقب فشرده شدن بافت پستان بر روی دنده ها و بررسی از نظر توده‌ها، منطق ضخیم شدگی و یا نواحی دردناک امکان پذیر شود سپس نواحی مشکوک را باید با استفاده از نوک انگشتان به طور دقیق تر مورد معاینه قرار داد. معاینه هر دو سینه باید در هر دو وضعیت خوابیده به پشت و نشسته انجام داده شود اگر یک ناحیه غیر طبیعی شناسایی شود باید توصیف دقیق از اندازه، شکل، قوام، حساسیت و موقعیت آن ناحیه به ثبت برسد.

نوک پستان ها و آرئول در وضیت خوابیده به پشت باید به بهترین نحو قابل معاینه هستند و در ابتدا باید از نظر هر گونه ناحیه ترک خوردگی پوست مورد مشاهده قرار گرفته و سپس با ملایمت برای بررسی ترشح تحت فشار قرار داده شوند. تعداد و وضیت مجاری که ترشح از آن ها خارج می شوند باید به ثبت برسد رنگ ترشح (شیری، سبز، زرد، شفاف، قهوه ای، یا خونی) و قوام آن (آبکی، چسبیده یا غلیظ) باید مورد توجه قرار گیرند.

عقد ه های لنفاوی ناحیه آگزیلا، باید در زیر بغل راست با دست چپ و در زیر بغل چپ با دست راست، مورد معاینه قرار گیرند انگشتان برای بررسی باید از نظر عقده های لنفاوی بزرگ، به طرف داخل و بالا فشرده شوند. در وضیت خوابیده به پشت، عضلات شانه باید در حالت شل قرار داشته باشند تا با قرار دادن آرنج بیمار در کنار بدن و یا با حمایت کردن از بازوی بیمار در حالی که دست بیمار به طرف شانه طرف مقابل آورده شده است روند معاینه آسانتر شود. در وضیت نشسته می توان با حمایت از آرنج بیمار با یک دست، عضلات شانه را در وضیت شل قرار داد و در همان هنگام با دست دیگر عقده های لنفاوی آگزیلا را معاینه کرد. عقده های لنفاوی سوپراکلاویکولار را می توان در وضیت خوابیده به پشت یا نشسته معاینه کرد.

در صورت وجود توده تمام مشخصات آن باید توصیف شود. (۱)(۲)(۳)(۴)(۵)

• ماموگرافی:

ماموگرافی یک جزء مهم از روشهای غربالگری استاندارد در سرطان سینه محسوب می شود. توسط ماموگرافی می توان سرطانها را در اندازه هایی کوچکتر از حد قابل کشف توسط معاینه کننده های با تجربه، تشخیص داد. (به صورت کلسفیکاسیون هایی بدون توده قابل لمس توام، یا به صورت توده های بسیار کوچک یا عمقی) در مورد زمان شروع انجام ماموگرافی در کتابهای مختلف نظرات متفاوت است ولی آنچه که تا حدودی توافق نظر همگان به نظر می رسد این است که: ماموگرافی دو طرفه در سن ۴۰ سالگی برای اولین بار به عنوان پایه انجام شود و سپس در سن ۴۹-۴۰ سالگی هر یک تا دو سال یک بار انجام شود. و از سن ۵۰ سالگی هر سال ماموگرافی صورت گیرد.

در صورت وجود سابقه خانوادگی سرطان سینه، می توان ماموگرافی پایه را در سن ۳۵ سالگی یا ۱۰ سال قبل از سنی که سرطان سینه در اولین عضو خانواده (هر کدام که سن پایین تری داشته باشد) تشخیص داده شده است، انجام داد.

۵۰-۱۰ درصد سرطانهایی که در ماموگرافی کشف می شوند، قابل لمس نیستند. در مقابل با معاینه فیزیکی ۲۰-۱۰ درصد سرطانهایی که در ماموگرافی دیده نمی شوند کشف می گردند.

ویژگیهای ماموگرافیک که اختصاصی مطرح کننده سرطان سینه شامل مشاهده یک توده جامد با یا بدون ویژگیهای اقماری، ضخیم شدگی غیرقرینه بافت سینه و میکرو کلسیفیکاسیون های مجتمع می باشد، حضور نقاط ظریف کلسیمی قابل لمس و گاهی در زنان جوان میکرو کلسیفیکاسیون ها ممکن است تنها یافته ناهنجار ماموگرافیک سرطان سینه باشد.

مطالعات نشان داده اند که از انجام غربالگری ماموگرافیک، ۳۳ درصد کاهش در مورتالیتته ی سرطان سینه بدست می آید. در مورد نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب سرطان سینه گفته می شود که یک رادیولوژیست با تجربه می تواند سرطان سینه را با مثبت کاذب ۱۰ درصد و منفی کاذب ۷ درصد شناسایی کند.

اهداف:

هدف اصلی طرح :

تعیین سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر از ۲۰ سال بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی و ماموگرافی.

اهداف فرعی طرح :

۱- تعیین سطح آگاهی زنان بالاتر از ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی_ سال ۱۳۸۵

۲- تعیین سطح نگرش زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی_ سال ۱۳۸۵

۳- تعیین سطح اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی_ سال ۱۳۸۵

۴- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی_ سال ۱۳۸۵

۵- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی با وضعیت تاهل -۱۳۸۵

۶- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی با سطح تحصیلات - ۱۳۸۵

۷- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی با سطح تحصیلات همسر آنان - ۱۳۸۵

۸- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی براساس متغیرهای دموگرافیک - سال ۱۳۸۵

۹- تعیین رابطه سطح آگاهی، نگرش و اظهار عملکرد زنان بالاتر ۲۰ سال شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات کلینیکی سینه و ماموگرافی بر حسب گروههای پر خطرو کم خطر - سال ۱۳۸۵

اهداف کاربردی طرح:

با استفاده از نتایج این مطالعه و شناخت سطح آگاهی و بینش زنان بوشهر (به عنوان نمونه هایی از جامعه زنان ایرانی) در خصوص سرطان سینه، علائم آن و عملکرد آنها نسبت به تشخیص زودرس این سرطان از طریق روش های غربالگری و تشخیص زودرس به ارائه راهکارهای مناسب جهت تشویق زنان بر استفاده بیشتر از این روش های غربالگری و تشخیص زودرس و کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از این سرطان پردازیم.